UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1954 — N° 11

LES LOCALISATIONS SUPPURÉES DE LA BRUCELLOSE AU NIVEAU DE L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Janvier 1954

PAR

Jean-Clément-Marie TAURAND

DIPLÔMÉ DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Né à Montvert (Cantal), le 1er Juin 1925.

Examinateurs de la Thèse :

MM. SIGALAS, professeur ..... *Président*

DARGET, professeur ..... *Juges*

TRAISSAC, agrégé ..... *Juges*

MOUSTARDIER, maître de conférences agrégé *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE

—

1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0012

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1954 – N° 11

LES LOCALISATIONS SUPPURÉES DE LA BRUCELLOSE AU NIVEAU DE L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Janvier 1954

PAR

Jean-Clément-Marie TAURAND

DIPLÔMÉ DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Né à Montvert (Cantal), le 1er Juin 1925.

Examinateurs de la Thèse :

MM. SIGALAS, professeur ..... *Président*

DARGET, professeur..... *Juges*

TRAISSAC, agrégé..... *Juges*

MOUSTARDIER, maître de conférences agrégé *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire

1954

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE.
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	N...
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR SANS CHAIRE :

BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER, QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	F.-J. TRAISSAC, BERGOUIGNAN, LENG-LÉVY, LAVIGNOLLE, MORETTI, N...
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, DEPAULIS

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE, FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

AGRÉGÉ LIBRE :

M. MAHON (Obstétrique).

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER, PÉRY
Législation pharmaceutique	N..., COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ

	MM.
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER, VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR LOUIS TRAISSAC

A MA FEMME

A MON PÈRE, A MON FRÈRE

Avec toute mon affection.
En témoignage de ma reconnaissance pour les sacrifices qu'ils m'ont consentis.

A MA TANTE
MADEMOISELLE CHASSAN

A MA TANTE
MADAME L. TRAISSAC

A TOUTE MA FAMILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES AMIS

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES MOUSTARDIER

MAÎTRE DE CONFÉRENCE AGRÉGÉ DE BACTÉRIOLOGIE

MÉDECIN DES HÔPITAUX COLONIAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDAILLE DE LA RÉSISTANCE FRANÇAISE

MÉDAILLE COLONIALE

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

OFFICIER D'ACADÉMIE

MONSIEUR LE DOCTEUR F.-J. TRAISSAC

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DARGET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SIGALAS

PROFESSEUR DE ZOOLOGIE ET PARASITOLOGIE

DIRECTEUR HONORAIRE DE LA STATION BIOLOGIQUE D'ARCACHON

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui a bien voulu approuver le sujet de cette thèse et en accepter la présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre gratitude et de nos sentiments respectueux.

LES LOCALISATIONS SUPPURÉES DE LA BRUCELLOSE AU NIVEAU DE L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

PLAN DE TRAVAIL

Introduction.

Les observations.

I. — Spermatocyste suppurée.

II. — Orchi-épididymites suppurées.

La place des localisations génitales au cours de la Brucellose.

I. — La Brucellose.

A. — Forme ondulante classique.

B. — Manifestations viscérales.

1° Orchi-épididymite.

2° Déterminations hépatiques.

3° Déterminations nerveuses et méningées.

4° Déterminations osseuses.

5° Autres manifestations.

C. — Formes cliniques.

II. — Les germes en cause.

III. — Les localisations génitales non suppurées.

IV. — Les localisations génitales suppurées.

A. — Rareté.

B. — Aspect clinique de l'orchi-épididymite suppurée.

C. — Evolution. — Bénignité.
D. — Le diagnostic.
1° Suppuration aiguë.
2° Suppuration subaiguë.
E. — Le traitement.

Conclusions.

Bibliographie.

INTRODUCTION

Ce travail n'est qu'une revue générale des localisations suppurées de la brucellose au niveau de l'appareil génital masculin. Il se légitime par la recherche bibliographique qui nous fut confiée par le Pr Fernand-Joseph Traissac, à l'occasion d'un cas de spermatocystite suppurée au cours d'une fièvre de Malte qu'il observa dans le service du Professeur Damade. Or, cette manifestation, après nos recherches, paraît devoir être unique.

Nous avons profité de cette enquête pour collationner tous les cas des autres suppurations brucelliennes localisées au niveau de l'appareil génital masculin.

LES OBSERVATIONS

I. — SPERMATOCYSTITE SUPPURÉE

Observation unique

Il s'agit de M. B... (Joseph), soixante-six ans, cultivateur dans la région de Saint-Caprais de Bordeaux, hospitalisé, sur les conseils du Professeur F.-J. Traissac, dans le service du Professeur Damade, le 5 juin 1946, pour douleurs et œdème du membre inférieur gauche.

Le début de l'affection semble remonter à trois semaines environ. Une douleur au niveau du bord externe du pied gauche est apparue brusquement, alors que le sujet était en pleine santé, douleur suivie d'un œdème important de l'extrémité inférieure du membre atteint. La douleur a été discrète, elle n'a jamais empêché le travail; le malade se dit plus gêné que douloureux. En même temps apparaissent de la fatigue et des sueurs nocturnes abondantes. Le sujet, assez rustre, n'a pas pris sa température. L'appétit est conservé et le malade continue, tant bien que mal, son travail qui consiste surtout à garder des chèvres et des vaches et à confectionner du fromage.

Cet état persiste jusqu'au 2 juin. Ce jour-là, le malade ressent une brusque douleur au niveau du scrotum qui est alors augmenté de volume et rouge.

Ce n'est qu'alors qu'il se décide à aller consulter.

Les antécédents pathologiques sont minimes : constipation habituelle, quelques troubles dysuriques légers et anciens.

Examen, le 6 juin 1946. — Malade maigre, facies fatigué et un peu pâle, température à 36°8 (elle restera, jusqu'à l'exeat, au-dessous de 37°), pouls à 72.

1° Membre inférieur gauche. — Œdème « en botte » du membre inférieur gauche, remontant à l'union du tiers moyen de la jambe. Œdème mou. Les téguments ont une teinte normale. La mobilité articulaire est conservée intégralement et cette mobilité est peu douloureuse. Le malade marche.

On constate un léger choc rotulien au niveau du genou gauche. La veine fémorale est indemne. La perméabilité artérielle est normale. Pas d'adénopathie.

Le membre inférieur droit est absolument sain.

2° Appareil uro-génital. — Pollakiurie nocturne. Faiblesse du jet urinaire. Les bourses ont repris leur aspect normal. Le testicule et l'épididyme gauches sont légèrement augmentés de volume. On pince mal la vaginale. La palpation de l'épididyme est à peine douloureuse.

Toucher rectal. — En arrière et à gauche de la prostate, qui est un peu hypertrophiée et douloureuse, le doigt bute contre une masse allongée de la dimension d'une grosse banane, unique, fixe, douloureuse.

Le reste de l'examen somatique est négatif, les réflexes achiléens et rotuliens sont faibles, mais aussi bien d'un côté que de l'autre.

En somme, un œdème mou du membre inférieur gauche et une masse pelvienne gauche.

Le diagnostic de compression venait à l'esprit. La tumeur était la vésicule séminale gauche. Le Docteur Muret confirme le diagnostic par spermatocystographie.

L'urètre est normal. La vésicule droite s'injecte normalement, le déférent et la vésicule gauche sont impénétrables.

Les examens cytobactériologiques des urines sont négatifs.

Le diagnostic de tuberculose et de cancer fut rejeté par le Docteur Muret qui porta celui de vésiculite suppurée de nature inconnue.

La ponction fut pratiquée et ramena un pus stérile.

Cependant, la douleur du pied, l'orchite probable que nous n'avons pas positivement constatée, les transpirations, la profession de cet homme et la notion de vaginite épidémique et d'avortement épizootique chez les vaches et les chèvres de son troupeau avaient fait soulever l'hypothèse d'une mélitococcie.

Mais le séro-diagnostic et l'intra-dermo-réaction furent négatifs.

Le malade quitte l'hôpital sans traitement; l'œdème a disparu, la tumeur vésiculaire a disparu également. Il ne souffre pas. Il reprend normalement ses occupations.

En mai, le fils de M. B... (Jean-Pierre) vient consulter. En août, c'est le second fils (Georges), puis la mère; tous trois atteints de brucellose assez typique.

M. B... subit une nouvelle intra-dermo-réaction à la mélitine. Cette fois-ci, elle est fortement positive.

Examens complémentaires :

Lavement baryté. — Le lavement baryté franchit normalement l'ensemble du cadre colique. On ne voit aucune anomalie sur le gros intestin ni sur le rectum.

Analyse d'urines (6 juin 1946) : urines normales, rares leucocytes.

Analyse du sang (7 juin 1946) :

Urée	0,29 p. 1.000
Hémoglobine	80 p. 100
Hématies	4.030.000
Leucocytes	9.920
Polynucléaires neutrophiles	66 p. 100
— éosinophiles	2 —
Métamyélocites	2 —
Monocytes	2 —
Lymphocytes	28 —

Hématies normales.

Globulines et réticulocytes au taux normal.

II. — LES ORCHI-ÉPIDIDYMITES SUPPURÉES

Observation I

(Tapie, Laporte, Monnier, Marguet.)

P... (Robert), dix-sept ans, cultivateur d'une région pyrénéenne, est hospitalisé dans notre service en mars 1949. Il a contracté, un an plus tôt, la fièvre de Malte en soignant ses brebis : arthralgies, sueurs et poussées fébriles se sont succédées d'avril à novembre 1948. Depuis cette époque, l'état géné-

ral est resté déficient : tout récemment, une suppuration est apparue dans la bourse gauche.

La simple inspection permet de découvrir une ulcération sanieuse du scrotum, de la taille d'une pièce de deux francs, recouverte d'un muco-pus abondant; au voisinage immédiat de cette ulcération, la peau est violacée et légèrement décollée : elle est rouge et chaude dans le reste de son étendue. Le testicule sous-jacent est augmenté de volume et légèrement douloureux, son pôle inférieur adhère à la zone ulcérée; la tête de l'épididyme atteint la grosseur d'une petite noix; la vaginale est le siège d'une légère hydrocèle; le cordon est douloureux mais régulier; il n'existe pas d'écoulement urétral.

Le toucher rectal montre une prostate et des vésicules séminales normales.

La température n'atteint pas 38°.

L'examen clinique complet n'apporte pas d'autre élément notable.

Le diagnostic se pose naturellement entre un foyer tuberculeux et une orchite brucellienne.

La formule leucocytaire s'oppose à celle que l'on trouve de façon à peu près constante dans la brucellose non suppurée; on relève en effet une polynucléose à 75 p. 100, mais on doit naturellement tenir compte de la surinfection probable à pyogènes banaux.

L'examen du pus est rendu difficile par le développement des germes associés.

Le séro-diagnostic de Wright est toujours positif; enfin, le caractère fortement positif de l'intra-dermo-réaction de Burnet s'oppose au résultat négatif de la cuti-réaction et de l'intra-dermo-réaction tuberculiniques.

La thérapeutique d'épreuve fournit bientôt une nouvelle preuve de l'origine brucellienne des lésions génitales.

Après avoir décidé de ne pas recourir à la streptomycine, en raison de son action éventuelle sur les deux germes (B. K. et *Brucella)*, le malade est soumis à la vaccination antimélitococcique par voie intraveineuse, suivant la méthode de Janbon : une première injection, de 1/50^{e} de cm^{3} provoque un clocher thermique à 40° ; le lendemain, la température est

descendue à 36°8. Au bout de quarante-huit heures, on assiste déjà à un nettoyage de l'ulcération scrotale dont les bords vont rapidement bourgeonner. Une deuxième injection intraveineuse de vaccin est pratiquée quatre jours plus tard, à la dose de 1/25e de cm³. La cicatrisation suit un cours si rapide que, huit jours après le début du traitement, il ne persiste plus qu'un petit pertuis non suintant, de la grosseur d'une lentille; quelques jours plus tard, la cicatrisation est complète et le testicule a repris son volume normal.

L'état général s'améliore rapidement. Un an plus tard, le malade était en parfaite santé : il n'avait pas présenté de rechute et il ne conservait qu'une petite cicatrice légèrement déprimée et adhérente, au niveau de l'ancienne lésion génitale.

Observation II

(Tapie, Laporte, Monnier, Marguet.)

X..., cultivateur dans une région où la fièvre de Malte sévit à l'état endémique, s'est présenté à nous avec une orchi-épididymite à évolution torpide et presque apyrétique. La queue de l'épididyme était le siège d'une tuméfaction de consistance assez molle avec rougeur du scrotum et menace d'ulcération. La vaginale était souple, sans exsudation liquidienne apparente : le cordon était sensible mais régulier; le toucher rectal ne décelait aucune lésion de la prostate et des vésicules séminales. Il n'y avait pas d'écoulement urétral.

Dans les antécédents du sujet, rien de notable, en dehors d'un épisode fébrile survenu il y a un an environ, sans sueurs ni arthralgies. A cette époque, le Docteur Pradère, qui avait eu l'occasion d'examiner le malade, avait fait pratiquer un séro-diagnostic mélitococcique et une intra-dermo-réaction à la mélitine qui donnèrent un résultat positif.

Ces réactions biologiques étaient devenues passagèrement négatives lorsque le malade entra dans le service; mais il existait encore une forte mononucléose sanguine, le taux des polynucléaires ne dépassant pas 36 p. 100.

Malgré une cuti-réaction tuberculinique positive, il n'existait aucune localisation tuberculeuse apparente; les poumons étaient radiologiquement normaux.

Devant l'imminence de la fistulisation, nous pratiquâmes une ponction exploratrice de la tuméfaction épididymaire; elle donna issue à un pus assez lié dont la culture permit de mettre en évidence la *Brucella melitensis* associée à un *Bacterium cutis* commune.

Cette ponction fut suivie de fistulisation incomplète : malgré les injections locales de streptomycine, nous fûmes obligés d'exciser franchement le petit abcès mal drainé. A ce traitement local nous associâmes l'auréomycine par voie digestive, la streptomycine par voie intramusculaire et, dès le début de la période d'apyrexie, le vaccin spécifique par voie veineuse. Bientôt les phénomènes inflammatoires disparurent. La plaie était parfaitement nettoyée et en voie de cicatrisation lorsque le malade quitta le service, rappelé pour des raisons de famille.

A cette époque, le séro-diagnostic mélitococcique donnait de nouveau un résultat positif.

Observation III

(M. Janbon, L. Bertrand, J. Salvaing et R. Mimran.)

Ces auteurs ont observé une pachy-vaginalite hémorragique ancienne d'origine traumatique qui évolua vers la suppuration au cours d'une brucellose. Le pus, retiré par ponction, donnait une culture pure de *Brucella melitensis*. La castration chirurgicale fut pratiquée, devant l'inefficacité de la terramycine par voie orale. La pièce opératoire, d'un poids de 250 grammes, était presque exclusivement formée d'une grande poche purulente, enkystée, ayant refoulé le testicule réduit à quelques îlots de cellules interstitielles.

Observations IV, V, VI

(René Puig.)

L'auteur déclare avoir observé trois cas d'orchi-épididymite suppurée au cours de la brucellose. Il insiste sur le fait que l'orchite habituelle, symptomatique de l'affection, est une vaginalite, en réalité.

Début variable, le plus souvent lent. Evolution pouvant

durer de un à douze ou quinze mois. C'est l'épididyme qui est, avant tout, atteint. Tuméfaction et fistulisation. Poussées évolutives. Les fistules se ferment et se rouvrent, laissant s'écouler un pus ne contenant pas obligatoirement des *Brucella*.

Observation VII

(M. L. Boyd.)

M. L. Boyd rapporte un cas d'orchite suppurée. Evolution grave et prolongée, avec atteinte de la prostate : *Brucella abortus* fut isolé du liquide prostatique.

Observation VIII

(Simpson.)

Cet auteur rapporte un cas d'orchi-épididymite fistulisée. Le germe en cause était *Brucella abortus*.

Observations IX, X, XI

(Gonzales.)

L'auteur mentionne trois cas de localisation suppurée brucellienne au niveau du testicule, qui auraient été considérés, à tort, comme une tuberculose et traités chirurgicalement.

Observation XII

(Observation CXLII, Cantaloube, rapportée par M[lle] Martin, thèse, Montpellier, 1949.)

Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans. Deux mois après le début de l'affection (fièvre, sueurs profuses, douleurs intercostales et lombaires, vomissements et crachats sanglants), et après deux améliorations suivies de deux rechutes, une orchite double apparaît chez ce malade, provoquant des douleurs atroces. Le scrotum se gonfle (au point d'atteindre le volume d'une tête d'enfant). L'inflammation est considérable, empêchant la palpation. L'incision libère du pus (plus d'un verre), pus bien lié, modérément fétide. La guérison survient au bout d'un mois (contre-ouverture postérieure de drainage) avec adhérence aux téguments et atrophie.

L'examen microscopique ne montre pas de microbes. Le séro-diagnostic de Wright pratiqué chez ce sujet est franchement positif.

Observation XIII

(Hamant et Rothan, résumée par Abrial, thèse, Lyon, 1935; rapportée par M^lle^ Martin, thèse, Montpellier, 1949.)

Un jeune homme de vingt-six ans a présenté, à dix-huit ans, une fièvre typhoïde avec suites arthropathiques étiquetées rhumatisme articulaire aigu.

En janvier 1933, la température remonte à 39°5 - 40° et persiste une quarantaine de jours. Le diagnostic de paratyphoïde est porté. Au cours de sa maladie se sont manifestés des signes d'orchi-épididymite qui ne tarde pas à se fistuliser à la peau.

En juillet 1933, on remarque une tuméfaction sous le sein gauche. On trouve également deux orifices fistuleux au niveau des bourses. L'examen général est négatif. La température est à 37°5. Une ponction de la tuméfaction préthoracique libère un pus bien lié. Pas de microbe à l'examen direct, pas de culture positive. Le séro-diagnostic de Wright est positif au 1/400.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Cas	Localisation	Evolution	Période d'apparition	Autres localisations	Polynucléose	Séro-diagnostic	Intra-dermo réaction	Germes en cause
I	Testicule gauche.	Guérison en quinze jours.	Un an après le début de l'affection.	.....	75 p. 100	Positif.	Fortement positive.	.....
II	Tuméfaction de l'épididyme, rougeur du scrotum.	Favorable.	Un an après.	.....	36 p. 100	Positif.	Positive.	*Brucella melitensis.*
III	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	*Brucella melitensis.*
IV, V, VI	.....	Un à douze mois.	Début variable, lent le plus souvent.	.....	.....	.....	.....	.....
VII, VIII	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	*Brucella abortus.*
XII	Orchite double.	Guérison en un mois.	Deux mois après.	Douleurs intercostales et lombaires.	.....	Fortement positif.	Positive.	Pas de microbe isolé.
XIII	.....	.....	Six mois après.	Tuméfaction sous le sein gauche.	.....	Positif.	.....	Pas de microbe à l'examen direct. Pas de culture positive.

LA PLACE DES LOCALISATIONS GÉNITALES AU COURS DE LA BRUCELLOSE

I. — LA BRUCELLOSE

Maladie infectieuse caractérisée dans sa forme typique par une fièvre au long cours, de type ondulant, accompagnée de douleurs et de sueurs.

La forme typique ondulante sudoro-algique est rare, les formes atypiques sont la majorité.

A. — Forme ondulante classique

Les principaux symptômes sont : une fièvre évoluant sous forme d'ondes successives mais très polymorphe; des sueurs profuses, odorantes (paille pourrie); des algies multiples, diffuses au début, du type courbature, se fixant peu à peu (alors qu'au début elles étaient mobiles et variables) et dont les trois types le plus habituellement observés sont : la sacro-coxalgie, la sciatique, le rhumatisme.

B. — Manifestations viscérales

Très souvent des manifestations viscérales apparaissent, venant modifier l'allure clinique de la maladie; ces manifestations sont susceptibles d'occuper le devant de la scène clinique, déroutant ainsi le diagnostic.

1° *Orchi-épididymite.* — Signalée dans presque la moitié des cas, survenant assez tard, évoluant en dix à vingt jours, sans séquelles.

2° *Déterminations hépatiques.* — L'atteinte hépatique n'est pas une simple hépatomégalie, mais une hépatite.

3° *Déterminations nerveuses et méningées.* — Très fréquentes, elles ont pour caractères communs d'être tardives, presque toujours curables et de s'accompagner souvent d'une atteinte méningée. Ce sont des névralgies, des radiculites, des myélites et des manifestations encéphaliques.

4° *Déterminations osseuses.* — Mal de Pott mélitococcique.

5° *Autres manifestations.* — Pleuro-pulmonaires (bronchiques, pneumopathies aiguës), cardio-vasculaires, rénales, spléniques, ganglionnaires, oculaires.

C. — Formes cliniques

1° Formes viscérales;
2° Formes évolutives;
3° Formes ambulatoires;
4° Formes inapparentes.

II. — LES GERMES EN CAUSE

Trois espèces de *Brucella* ont été isolées :

— *Brucella melitensis,* de Bruce, qui infecte la chèvre, la brebis et actuellement la vache. Très pathogène pour l'homme;

— *Brucella abortus bovis,* de Bang, pathogène pour la vache et la jument, mais moins pour l'homme;

— *Brucella abortus suis,* de Traum, isolé chez le porc et non retrouvé en France chez l'homme.

Petits bacilles Gram négatif, de 0,5 μ à 2 μ de long, prenant parfois un aspect coccoïde.

Très sensibles à la chaleur et aux antiseptiques, ils vivent, par contre, plusieurs semaines dans le fumier, la

terre, les fromages, à l'abri du soleil. Les fromages très acides et longs à obtenir, comme le Roquefort, n'en contiennent jamais.

III. — LES LOCALISATIONS GÉNITALES NON SUPPURÉES

L'orchite est très fréquente : 25 à 30 % des cas masculins; c'est une orchite, ou plus exactement une orchi-épididymite tardive, fébrile, très douloureuse.

De pronostic favorable, elle guérit en quatre à quinze jours et ne laisse jamais d'atrophie secondaire.

IV. — LES LOCALISATIONS GÉNITALES SUPPURÉES

A. — Rareté

L'observation de spermatocystite suppurée brucellienne paraît, après nos recherches bibliographiques, devoir être unique.

L'orchi-épididymite suppurée est rencontrée une fois sur deux cents cas de brucellose environ.

B. — Aspect clinique de l'orchi-épididymite suppurée

La suppuration succède en général à une phase d'orchite banale et classique (Cantaloube rapporte une affection à grand fracas). Au lieu de se résorber, la peau devient adhérente en un point quelconque du testicule (face antérieure du scrotum, partie moyenne ou partie inférieure).

Les téguments deviennent rouges, se tuméfient; une zone de fluctuation apparaît.

En général, l'orchi-épididymite est unilatérale.

D'une façon générale, la suppuration dure très longtemps. Les téguments adhèrent au plan profond. D'une fistule s'écoule, d'une manière intermittente, soit un pus assez bien lié, soit une simple sérosité,

C. — Evolution — Bénignité

La suppuration persiste assez longtemps.

La guérison est cependant remarquable malgré la longueur de cette suppuration et malgré les adhérences au plan profond. La fistule (ou les fistules) se ferme, elle devient souple et l'adhérence aux plans profonds disparaissant, le testicule donne l'impression d'être presque sain. Seul existe un noyau induré à la tête ou à la queue de l'épididyme. Un examen de près permet seul de le découvrir.

En somme, un résultat évolutif remarquable. La guérison est la règle. Pas de stérilité.

D. — Le diagnostic

La suppuration brucellienne ressemble à la suppuration tuberculeuse.

Il faut penser à la brucellose dans une suppuration qui ne fait pas sa preuve.

Le diagnostic différentiel variera selon que nous aurons affaire à une suppuration aiguë ou à une suppuration subaiguë.

1° *Suppuration aiguë.* — Il faut envisager toutes les suppurations aiguës du testicule.

a) Orchite gonococcique. — (Il faut tout d'abord noter que l'orchite gonococcique est exceptionnelle et qu'il s'agit la plupart du temps d'une épididymite.) Nous avons ici la notion d'un écoulement urétral antérieur. Phénomènes généraux parfois intenses. Tuméfaction très douloureuse, avec irradiations douloureuses dans la région lombaire ou crurale. Tout le tractus génital est atteint. Une masse infiltrée coiffe le testicule « en cimier de casque ». Dans cette masse peuvent apparaître des points de ramollissement. Eventualité très rare, ces points de ramollissement peuvent suppurer en s'extériorisant.

Bref, orchi-épididymite aiguë apparaissant au cours ou après un écoulement urétral et dont la nature gonococcique peut être reconnue facilement grâce à un examen bactériologique.

b) Colibacille, staphylocoque, streptocoque, entérocoque. — Le diagnostic est orienté par la présence de colibacillose dans les antécédents, d'une poussée de furonculose ou de folliculite.

L'identification d'un germe dans les urines signe le diagnostic. L'évolution vers la résorption est fréquente. La suppuration est possible; à ce stade, le simple examen bactériologique permet de reconnaître le germe en cause.

2° *Suppuration subaiguë.* — Le grand diagnostic se pose avec la suppuration bacillaire. La tuberculose génitale débute classiquement par un noyau induré de l'anse épididymo-déférentielle. Bientôt la vaginale, le déférent, tout l'épididyme sont atteints; l'épididyme augmente considérablement de volume et cache un testicule demeuré normal. (Dans la brucellose, le testicule lui-même augmente de volume).

Cette affection est en général indolore jusqu'à un stade assez avancé; on ne note aucune atteinte de l'état général.

La peau des bourses adhère progressivement en bas et en arrière, au niveau de l'épididyme. Ces adhérences sont, avec la rougeur du tégument, les signes précurseurs de la fistulisation prochaine.

Au toucher rectal, on note une augmentation de volume de la prostate, avec petits noyaux indurés des vésicules séminales. Une fistule se constitue et, point très important, elle est toujours située en bas et en arrière, alors que dans la brucellose sa localisation est antérieure ou postérieure. Cette fistule n'a pas de tendance à la cicatrisation.

L'examen bactériologique du pus provenant d'une suppuration brucellienne ne trouve jamais de B. K., ce qui est essentiel pour le diagnostic différentiel. Le malade atteint

de fièvre de Malte n'a jamais les antécédents tuberculeux que l'on retrouve toujours chez les bacillaires génitaux (notion de primo-infection, parfois même pyurie antérieure). Le séro-diagnostic de Wright et les diverses épreuves biologiques sont positifs.

Comme nous le disions plus haut, il faut penser à la brucellose lorsqu'on est en présence d'une suppuration qui ne fait pas sa preuve. Et, surtout, il faut bien se garder d'enlever un testicule dont la lésion n'est pas certainement tuberculeuse.

En somme, l'allure prolongée de la fièvre, les algies fugaces, la conservation de l'état général, l'hépato-splénomégalie, la leucopénie, l'apparition d'une orchite ou d'une détermination assez caractéristique seront autant d'éléments importants pour le diagnostic.

La certitude ne sera apportée que par les épreuves biologiques : hémoculture, séro-diagnostic, intra-dermo-réaction à la mélitine de Burnet.

La difficulté diagnostique réside essentiellement dans la rareté de ces localisations génitales suppurées. C'est surtout le contexte clinique, les éléments étiologiques qui aiguillent vers un diagnostic qui demeure un diagnostic d'exception.

E. — Le traitement

L'évolution des suppurations génitales brucelliennes étant particulièrement favorable chez l'homme — la guérison est la règle — il faut s'abstenir de toute manœuvre chirurgicale. La suppuration sera désinfectée régulièrement tous les jours.

Les localisations suppurées génitales brucelliennes ne posent guère de problème particulier de traitement; ce sera celui de la brucellose en général.

Rappelons les moyens thérapeutiques dont nous disposons actuellement pour traiter la fièvre de Malte.

Le traitement de la brucellose vient d'être rénové par

l'apparition d'antibiotiques actifs. (Ces derniers sont loin, cependant, d'avoir résolu ce problème complexe.)

Trois antibiotiques sont également efficaces : l'auréomycine, le chloramphénicol, la terramycine. Leur posologie est identique : en moyenne 3 grammes par jour, en quatre prises buccales. On constate chez les malades une amélioration rapide (stérilisation des hémocultures, chute thermique entre le troisième et le septième jour). Mais si l'antibiotique négative les hémocultures, les germes subsistent dans certains foyers protégés (ganglionnaires et osseux notamment), d'où la fréquence des rechutes. On diminue ce risque par la prolongation de la cure : vingt à vingt-cinq jours à 3 grammes par jour, en quatre prises orales.

Même en opérant ainsi, la guérison par première intention n'est obtenue, d'après Janbon, que dans 75 % des cas. Il y a donc intérêt à pratiquer des cures combinées : soit avec certains antibiotiques qui se montrent pourtant sans effet s'ils sont employés seuls, la streptomycine, par exemple, à la dose de 1 gramme par jour, soit avec des vaccins anti-brucelliens sous-cutanés (douze à quinze injections sous-cutanées, en montant progressivement les doses depuis 1/4 de cm^3 jusqu'à 2 cm^3 de stock-vaccin, soit avec les vaccins antibrucelliens intraveineux (on injecte 1/20e de cm^3 du vaccin préparé au C. R. F. O. de Montpellier, puis des doses croissantes : 1/10, 1/4, 1/2, 1 et 2 cm^3, suivant les réactions du sujet. Cinq à six injections suffisent en général).

On a également proposé l'application de télérœntgenthérapie totale et, dernièrement, de cortisone, en même temps que les antibiotiques.

Janbon déclare que c'est surtout l'antigénothérapie spécifique par vaccin intraveineux, dont nous avons parlé plus haut, qui doit être retenue. D'après lui, cette méthode, qui était déjà souvent efficace par elle-même avant l'ère des antibiotiques, s'avère une arme remarquable lorsqu'elle est employée en association avec eux.

Les traitements actuels (antibiotiques, synergies d'antibiotiques, association antibiotiques-antigénothérapie), s'ils sont satisfaisants dans les diverses manifestations de la brucellose aiguë, s'averent par contre décevants dans les brucelloses chroniques, d'où la nécessité d'instaurer un traitement correct et suffisamment prolongé à la phase **initiale de la maladie.**

CONCLUSIONS

Les localisations suppurées de la brucellose au niveau de l'appareil génital masculin sont très rares.

La spermatocystite suppurée que nous rapportons paraît, à notre connaissance, unique.

L'évolution est favorable.

Le diagnostic est difficile du fait de la rareté de ces manifestations suppurées brucelliennes. C'est un diagnostic d'exception. Le contexte clinique, les notions étiologiques et, surtout, les épreuves biologiques permettent de rapporter ces suppurations à leur cause exacte.

Le traitement est strictement médical. C'est celui de la brucellose en général.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

R. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 11 Janvier 1954

Le Recteur,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Boyd (M. L.). — Human prostatic infection with *B. abortus*. *Tr. Am. A. genito-ur. Surg.*, 1937, t. 30, p. 259.

Christopher. — Minor Surgery. Philadelphia, 1940. Cité par Sanborn.

Gonzales. — A case of Malta fever with localization in the testicle. *Cir. y cirujanos*, 1934, t. 2, p. 231.

Harris (H. J.). — Brucellosis (Undulant fever). Clinical and subclinical. Paul B. Hoeber; inc., New-York, 1950.

Hinmann. — The principles and practice of urology. Philadelphia, 1937. Cité par Sanborn.

Huddleson. — Brucellosis in man and animal. New-York, 1943. Cité par Sanborn.

Janbon. — Diagnostic de la mélitococcie. *Journ. Méd. français*, 1936, t. 3, pp. 92-100.

Janbon. — Diagnostic et traitement des brucelloses. *Index médico-social rural*, 1953, t. 8, pp. 10-12.

Martin (M^{lle}). — Orchites suppurées et abcès froids costaux dans la brucellose. Thèse, Montpellier, 1949.

Puig (R.). — *Bulletin de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, 1952, t. 68, n^{os} 28-29, pp. 1084-1085.

Roger (H.). — Formes cliniques de la mélitococcie. *Journ. de Med. français*, 1949, t. 5, pp. 95-163.

Sanborn (E.). — Orchitis as a complication of brucellosis (Undulant fever). *The Am. Journ. of Surgery*, 1944, t. 63, pp. 131-135.

Semaine Médicale des Hôpitaux de Paris, 1952, t. 76, p. 3079.

Simpson. — Undulant fever (Brucellosis) a clinico-pathologist study of ninety cases occuring in and about Dayton, Ohic. *Ann. Int. Med.*, 1930, t. 4, p. 288.

Tapie, Laporte, Monnier & Marguet. — Deux cas d'orchi-épididymite brucellienne suppurée. *Bull. de la Société Méd. des Hôp. de Paris,* 1952, t. 68, n°s 22-23, pp. 778-781.

Traissac (F.-J.), Lavignolle & Belot (Mlle). — Sur un cas de mélitococcie familiale. Vésiculite séminale mélitococcique. *Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest,* 1947, t. 6, pp. 281-285.

Tronyo. — Les formes polyviscérales des brucelloses. Thèse, Montpellier, 1944.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.